THESE

DE

Cyrillino Pinto de Almeida e Castro

THESE

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

PARA SER SUSTENTADA

EM NOVEMBRO DE 1872

POR

Cyrillino Pinto de Almeida e Castro

NATURAL DA PROVINCIA DO RIO GRANDE DO NORTE

Filho legitimo de Joaquim Felicio de Almeida e Castro e D. Cosma Rodrigues Veras

PARA OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA.

O medico digno deste nome consagra á humanidade as suas vigilias, o sacrificio dos seus prazeres, das suas commodidades, os fructos da sua intelligencia, a sua vida até, se for necessario; e aos seus irmãos na sciencia a lealdade, a franqueza, e a consideração sem limites nem restricções. São estas as differenças principaes que distinguem a profissão medica de um officio mercenario, ou de uma especulação mercantil ou industrial. (DR. SILVA LIMA)

BAHIA

Typographia de J. G. Tourinho.

1872

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

....

VICE-DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.º ANNO.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães	Physica em geral, e particularmente em suas applicações à Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva	Chimica e Mineralogia.
Barão da Itapoan	Anatomia descriptiva.
	2.º ANNO.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Barão da Itapoan	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.º ANNO.
Cons. Elias José Pedroza	Anatomia geral e pathologica.
José de Góes Sequeira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
	4.º ANNO.
Cons. Manoel Ladislão Aranha Dantas	Pathologia externa.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Pathologia interna.
Conselheiro Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.º ANNO.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas	Anatomia topographica, Medicina operatoria, apparelhos.
Luiz Alvares dos Santos	Materia medica, e therapeutica.
	6.º ANNO.
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e Historia da Medicina.
José Affonso de Moura	Clinica externa do 3.º e 4.º anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.º e 6.º anno.

OPPOSITORES.

....	Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha	
Pedro Ribeiro de Araujo	
José Ignacio de Barros Pimentel	
Virgilio Clymaco Damazio	
....	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins	
Domingos Carlos da Silva	
Antonio Pacifico Pereira	
Alexandre Affonso de Carvalho	
....	Secção Medica.
Manoel Joaquim Saraiva	
Ramiro Affonso Monteiro	
Egas Carlos Moniz Sodré de Aragão	
Claudemiro Augusto de Moraes Caldas	

SECRETARIO.

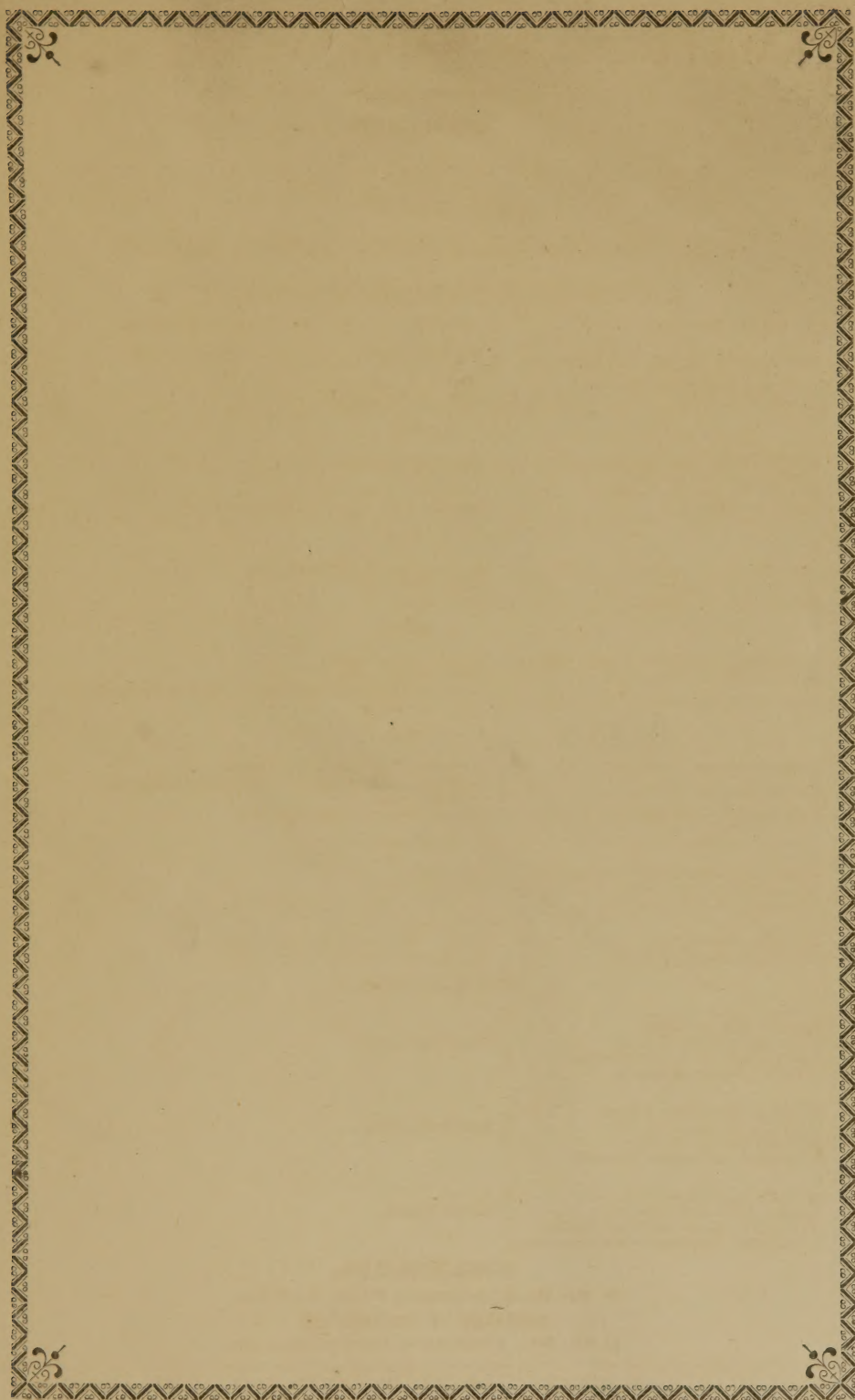
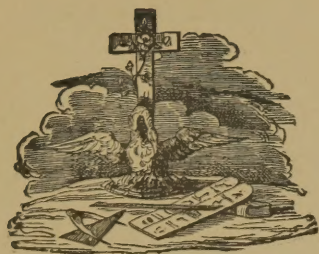
O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

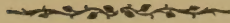
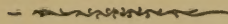
O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

Á MEMORIA

DE

MEU PAE

Á MINHA MÃE

Á MINHA MANA

AOS MEUS MANOS

AO MEU TIO E CUNHADO

ÁS MINHAS CUNHADAS

AOS MEUS SOBRINHOS E SOBRINHAS

AOS MEUS AMIGOS

LESÕES VALVULARES DO CORAÇÃO

DISSERTAÇÃO

Ratio et observatio.
(Baglivi).

ANTES de entrar no objecto de nossa dissertação, achamos conveniente dizer algumas palavras á cerca da topographia, e da physiologia do coração, com applicação á parte clinica das lesões valvulares desse orgão.

1.—O coração está collocado no mediastino anterior, dirigido da direita para a esquerda, de cima para baixo, e da parte posterior para a parte anterior do thorax, repousando sobre o foliolo medio do centro aponevrotico do diaphragma, e o tecido muscular que está em contacto com o lado esquerdo do mesmo foliolo.

Denomina-se *área precordial* a porção da parede anterior da caixa thoraxica pela qual é coberto o coração em sua totalidade. Os limites dessa região são representados da maneira seguinte. Á direita por uma linha curva, que parte da extremidade interna do segundo espaço intercostal direito, e, passando quatro centimetros distante do bordo direito do sterno na altura das cartilagens terceira e quarta costaes direitas, vem terminar na quinta articulação chondro-sternal direita; á esquerda por uma curva, que parte do segundo espaço intercostal esquerdo dous centimetros distante do bordo sternal esquerdo, e, passando oito ou nove centimetros para fóra do mesmo bordo

na altura das cartilagens quarta e quinta costaes esquerdas, vem terminar na parte da parede thoraxica anterior á que corresponde o vertice do coração; inferiormente a área precordial é limitada por uma linha recta, dirigida de cima para baixo, e da direita para a esquerda, que une os extremos inferiores dos limites já descriptos; o limite superior da região de que fallamos é representado pela recta que une as extremidades superiores dos limites direito e esquerdo.

A ponta do coração nem sempre corresponde ao mesmo logar da parede anterior do thorax: ora corresponde ao ponto de encontro da vertical mamillar com a sexta cartilagem costal esquerda, ora ao meio da altura do quinto espaço intercostal esquerdo para dentro da vertical mamillar.

Como sabemos da anatomia descriptiva, são em numero de quatro os orificios do coração. Dous são chamados auriculo-ventriculares, os dous outros ventriculo-arteriaes; todos elles achão-se collocados no mesmo plano obliquo para baixo e para traz. Os dous primeiros estão mais approximados á parede posterior do thorax, os segundos mais visinhos á parede anterior. Dos dous orificios ventriculo-arteriaes um é denominado ventriculo-aortico, o outro ventriculo-pulmonar; aquelle corresponde á terceira articulação chondro-sternal direita, este á articulação do mesmo nome do lado esquerdo. As valvulas semi-lunares, que se prendem a esses orificios, e que os obliterão no momento da systole das arterias, correspondem mais ou menos aos mesmos pontos. Dos dous orificios auriculo-ventriculares um acha-se á direita, o outro á esquerda. O da direita está situado para traz e um pouco para baixo do orificio ventriculo-aortico; o bordo livre de sua valvula—a valvula tricuspide—attingindo á porção do sterno correspondente ao terceiro espaço intercostal esquerdo; o da esquerda acha-se para baixo e para a esquerda do orificio ventriculo-aortico; o bordo livre de sua valvula—a valvula mitral—alcançando o terceiro espaço intercostal esquerdo, distante um centimetro do bordo sternal do mesmo lado.

2.—O espaço de tempo em que se faz uma revolução cardiaca divide-se em tres partes, as quaes se chamão *tempos*. O primeiro tempo começa, e acaba com a systole dos ventriculos; o segundo é constituido pela diastole do coração; o terceiro é representado pelo relaxamento dos ventriculos. A systole das auriculas dá-se no terceiro tempo, e faz parte delle. O espaço que medeia entre o primeiro e o segundo tempo chama-se *pequeno silencio*; o que vae do segundo ao terceiro tempo é denominado *grande*

silencio por causa de sua duração, relativamente maior que a do pequeno silencio. Quando o ouvido é applicado a qualquer dos pontos da região precordial, deixa perceber dous ruidos distinctos, succedendo-se rythmicamente, e imitando mais ou menos o *tic-tac* de um relogio. O primeiro desses ruidos ou tons normaes do coração passa-se no primeiro tempo, é synchrono com a systole ventricular, e portanto com a diastole das arterias; pode ser ouvido em qualquer dos pontos da área precordial, como já dissemos, mas onde offerece maior intensidade é no logar da parede thoraxica á que corresponde o vertice do coração, e na base do appendice xiphoide. Esse ruido é produzido: « 1.º pela contracção muscular dos ventriculos; 2.º pela aproximação de suas paredes oppostas; 3.º pela impulsão do coração contra a parede thoraxica; 4.º pelo choque impresso á base das columnas sanguineas contidas na aorta, e na arteria pulmonar, no momento em que o sangue dos ventriculos levanta com esforço as valvulas sigmoides; 5.º pela tensão subita das valvulas mitral e tricuspide, pela collisão do sangue contra as valvulas, e o choque de suas faces correspondentes; 6.º pela collisão molecular do liquido sanguineo, comprimido, e propellido para os orificios; 7.º pelo attrito do sangue contra as paredes ventriculares, sobretudo no nivel das aberturas que elle atravessa. »

Como o mencionado ruido tem logar no momento da systole cardiaca, é chamado *systolico* pela maior parte dos autores.

O segundo ruido tambem pode ser ouvido em todos os pontos da região precordial; porém é nos terceiros espaços intercostaes direito e esquerdo que offerece maior gráo de intensidade. Tem logar no segundo tempo da revolução do coração, é synchrono com a diastole dos ventriculos, e com a systole das arterias. Como se produz na occasião da diastole cardiaca é chamado ruido ou tom *diastolico*. Tem por elementos de sua producção: « 1.º o relaxamento dos ventriculos, e a collisão do sangue que afflue nas cavidades destes; 2.º o abaixamento subito das valvulas auriculo-ventriculares; 3.º a tensão brusca das valvulas sigmoides, e o choque em retorno sobre suas faces superiores das columnas de sangue lançadas nas arterias aorta e pulmonar. »

Se attendermos agora para os pontos da área precordial em que os dous ruidos de que fallamos apresentão maior intensidade; se considerarmos as relações anatomicas que o coração, seus orificios, e os troncos aortico e pulmonar conservam com a parede anterior do thorax; se são

exactas as leis physicas da propagação dos sons nos liquidos; e se, como nos diz a physiologia, são as valvulas do coração os agentes principaes da producção daquelles ruidos, facilmente chegaremos ás conclusões seguintes: 1.ª o ruido systolico ouvido com maximo de intensidade na base do appendice xiphoide propaga-se do ventriculo direito, e tem por causa principal a tensão forçada da valvula tricuspide; 2.ª o mesmo ruido com maximo de intensidade no vertice do coração transmitte-se do ventriculo esquerdo, e deve sua maior intensidade nesse logar á tensão brusca da valvula mitral; 3.ª o ruido diastolico ouvido com maximo de intensidade na parte interna do terceiro espaço intercostal direito propaga-se da arteria aorta, e sua maior intensidade nesse logar provem da tensão forçada das valvulas sigmoides dessa arteria; 4.ª o mesmo ruido diastolico ouvido com maximo de intensidade na parte interna do terceiro espaço intercostal esquerdo procede da arteria pulmonar, e sua maior intensidade nesse ponto da região precordial é devida á tensão brusca das valvulas que se prendem á circumferencia do orificio da referida arteria.

Assim preparado o terreno em que devemos laborar, entremos em nossa dissertação.

3.—Sob a denominação de *lesões valvulares do coração* comprehendemos os estados anatomo-pathologicos sobrevindos quer nas valvulas, quer nos orificios do coração seguidos, ou não de perturbação na circulação intercadiaca.

As lesões valvulares do coração tomão o nome de *estreitamentos*, quando os diametros normaes dos orificios cardiacos são mais ou menos diminuidos; chamão-se *insufficiencias*, quando as valvulas que se prendem a esses orificios não desempenhão o seu *officio* de valvulas, ou porque se achão alteradas em sua estructura, ou porque, estando esta intacta, os orificios respectivos augmentarão de diametro, em consequencia de alguma alteração histologica.

4.—Theoricamente fallando, essas especies de lesões podem atacar indifferentemente a qualquer dos orificios cardiacos; mas a observação demonstra que são os orificios da metade esquerda do coração aquelles que mais vezes são por ellas acommettidos.

5.—Os estreitamentos são sempre de origem organica, isto é, produzidos por uma alteração anatomica das valvulas, ou dos anneis fibrosos que formão o esqueleto dos orificios. As insufficiencias são tambem em geral de origem organica; entretanto succede algumas vezes que os bordos

das valvulas não se ajustão convenientemente na occasião em que fechão os orificios, tendo desse modo logar a occlusão incompleta dessas aberturas, por consequencia o refluxo do liquido sanguineo; como esse phenomeno, além de pouco frequente, é passageiro, e não se comprehende em nosso ponto, contentamo-nos em referil-o.

6.—Os estreitamentos dos orificios do coração são provenientes ora de um estado morbido com séde nas valvulas, ora de alterações anatomo-pathologicas dos orificios mesmos. No primeiro caso estão as endocardites, seus productos intersticiaes, e superficiaes, as alterações de forma, e as adherencias das divisões das valvulas, o atheroma, as vegetações de natureza diversa, finalmente a hypertrophia das valvulas. No segundo caso temos a mencionar os productos da endocardite, o atheroma, e as vegetações na circumferencia dos orificios. As causas mais frequentes das insufficiencias são as seguintes. A endorcadite, produzindo o encurtamento das valvulas, destruindo-as em parte, ou em totalidade, e outras vezes formando adherencias entre as divisões das valvulas e a parede cardiaca, ou arterial que lhes fica adjacente; os depositos de fibrina entre as valvulas e suas cordas tendinosas, o atheroma, e seus resultados, emfim a atrophia, ou a hypertrophia das valvulas mesmas. Outras vezes as valvulas são illesas, entretanto que os orificios a que ellas se prendem achão-se morbidamente dilatados: são as insufficiencias ditas *relativas*, das quaes nos não cumpre fallar. Tambem não é raro que as insufficiencias procedão da destruição, atrophia e hypertrophia dos musculos papillares.

7.—Fallemos dos signaes desses estados morbidos, considerando separadamente cada lesão valvular por sua vez. Antes porém de fazel-o, cumpre estabelecer os principios seguintes: 1.º a origem dos signaes das lesões valvulares é essencialmente mecanica; 2.º esses signaes em geral denuncião a existencia das lesões de que nos occupamos, mas quasi nunca dão conhecimento certo de sua natureza dellas, isto é, se as lesões são inflammatorias, ulcerativas, cartilaginosas, etc.; 3.º em regra geral as lesões valvulares acarretão alguma alteração anatomo-pathologica na substancia mesma do coração, estado morbido que se reconhece, comparando frequentes vezes os signaes offerecidos pelo coração antes, e depois que parece soffrer; 4.º as lesões valvulares muitas vezes coexistem, e por tal modo que uma occulta a outra, ou seus signaes modificão-se reciprocamente.

8.—*Insufficiencia mitral. Signaes physicos directos.* Nos casos bem caracterisados de insufficiencia mitral a impulsão do coração é irregular em força, e em rythmo. Um sopro systolico com maximo de intensidade na ponta do coração, ou immediatamente acima do mamillo, ou para fóra deste, substitue o ruido systolico de que já fallamos (2). Esse sopro pouco ou quasi nada se ouve na base do appendice xiphoide, no meio do sterno, e nos terceiros espaços intercostaes direito e esquerdo; pelo contrario é ouvido mais ou menos claro no angulo inferior do omoplata, em roda deste angulo, e desde a sexta até a oitava vertebra dorsal, como desde o logar em que bate o vertice do coração até a cavidade axillar esquerda.

O sopro systolico com os caracteres que vimos de descrever é peculiar á insufficiencia mitral. O ruido systolico é perfeitamente natural na base do appendice xiphoide, quer seja coberto, ou não pelo sopro ouvido no vertice do coração. O ruido diastolico ou o segundo ruido é muitas vezes enfraquecido no terceiro espaço intercostal direito em razão da diminuição do calibre da aorta; no terceiro espaço intercostal esquerdo o ruido diastolico é pelo contrario mais accentuado. Se o distingue do sopro anemico, e do sopro chlorotico não só pelos caracteres mencionados, mas ainda porque estes dous ultimos desapparecem com o tratamento dos estados morbidos que lhes dão origem; entretanto que o sopro systolico da insufficiencia em geral persiste. Infelizmente ha casos em que existe insufficiencia mitral com ausencia de sopro systolico. Então o diagnostico da insufficiencia é impossivel, menos que o pratico queira sugeitar-se á alguma contrariedade pela autopsia. Em um doente da Misericordia, pertencente á clinica do Sr. Dr. Silva Lima, observámos este anno um caso de insufficiencia mitral sem sopro systolico.

O exame do doente durante a vida revelou hydrothorax direito, congestão de ambos os pulmões, augmento consideravel do figado, edema notavel dos membros inferiores, ascite, e desordem completa no rythmo dos movimentos, e dos ruidos do coração, sendo estes muito obscuros, e ás vezes imperceptiveis. O pratico eminente de que temos a satisfação de fallar suspeitava que a molestia principal desse doente era uma lesão organica do coração, e provavelmente uma lesão valvular; mas cauteloso, como é, e mathematico em seus diagnosticos, o illustre clinico tratava de prolongar os dias do doente, sem determinar a séde, e a natureza da lesão. O doente morreo dias depois. Na autopsia verificámos, além das lesões acima referidas, ausencia de metade da valvula mitral, dilatação do orificio

auriculo-ventricular direito, e hypertrophia com dilatação do ventriculo direito, cujas fibras carnudas começavão a soffrer degeneração gordurosa.

9.—*Signaes physicos indirectos.* Uma das consequencias mais communs da insufficiencia mitral é a hypertrophia com dilatação do ventriculo esquerdo. Em virtude desse estado morbido secundario o choque do vertice do coração e a impulsão cardiaca deslocão-se um pouco para fóra e para baixo. A impulsão do coração augmenta em força. No segundo espaço intercostal esquerdo sente-se não poucas vezes certa impulsão auricular, sendo ora presystolica, se a auricula esquerda está hypertrophiada, e ora systolica, se a impulsão propaga-se do ventriculo. Pela percussão verifica-se augmento para a esquerda no som maximo da área precordial; algumas vezes tambem á direita, se o ventriculo direito se hypertrophia igualmente com o esquerdo, o que não é muito raro, sobretudo nos individuos moços. O pulso é muito variavel. Ora apresenta-se regular em força, e emr ythmo, ora frequente e depressivel. Outras vezes é irregular em rythmo, pequeno, fraco, e accidentalmente largo e tremulo sob a influencia de algum estado de excitação do coração.

10.—*Effeitos da insufficiencia mitral no systema capillar.* Pode-se dizer de um modo geral que a insufficiencia mitral por si mesma nem um effeito produz no systema capillar da grande circulação. A observação prova que a insufficiencia pode existir muitos annos, sem que se desenvolva alguma hydropsia, sem que haja congestões sanguineas. Se porém sobrevem hypertrophia com dilatação, começa o embaraço na marcha do sangue no systema capillar, accidente que por sua vez concorre para o augmento da dilatação do ventriculo hypertrophiado. A observação ainda demonstra que os effeitos variados consequentes da insufficiencia mitral no systema capillar do cerebro dependem não da insufficiencia, mas da hypertrophia com dilatação, que interrompe a marcha do sangue na pequena circulação, e dahi os soffrimentos da substancia cerebral, e de suas membranas. Os effeitos essenciaes da insufficiencia mitral tem logar nos pulmões. O sangue lançado pela auricula esquerda nas veias pulmonares tende gradualmente a congestionar os pulmões; como o ventriculo direito trabalha com energia maior para vencer o excesso de sangue existente nos pulmões, segue-se que a congestão e a irritação desses orgãos são effeitos directos da lesão em questão, assim como a tosse, a expectoração mucosa, a dyspnea, a orthopnea, as bronchites, o edema pulmonar, a pneumonia congestiva, ou irritativa, a congestão passiva, a apoplexia pul-

monar. A expectoração ora é branca, ora manchada de sangue escuro, ou puro; raras vezes ha grandes quantidades de sangue na expectoração.

11.—*Estreitamento mitral. Signaes physicos directos.* A impulsão cardiaca é irregular, e desigual em força. O sopro de um estreitamento mitral bem desenhado tem os caracteres seguintes. É presystolico, offerece maior intensidade no vertice do coração, ou immediatamente acima desse ponto, propaga-se nas mesmas direcções, e ouve-se nos mesmos pontos (8) que o sopro systolico, ainda que menos claramente; raras vezes encobre o ruido systolico, e o ruido diastolico. A existencia desse sopro no estreitamento mitral forma a excepção, sua ausencia a regra geral. Isto é devido a que quasi sempre o orificio não apresenta rugosidades, e a que as mais das vezes a auricula esquerda, apezar da hypertrophia, produz contracções fracas. Como sabe-se, essas duas circumstancias são desfavoraveis á producção do sopro, cuja origem é toda mecanica. Na ausencia do sopro presystolico para o diagnostico do estreitamento mitral, o segundo ruido presta grande auxilio. É assim que no terceiro espaço intercostal direito esse ruido é em geral fraco, ao passo que é bastante sonoro e accentuado no terceiro espaço intercostal esquerdo. Apezar de ser rarissimo o sopro presystolico de que fallamos, observamol-o todavia este anno em um doente do Sr. Dr. Silva Lima, e o anno passado em outro doente pertencente á clinica da Faculdade.

12.—*Signaes physicos indirectos.* A percussão denuncia augmento para a direita no som massiço da área precordial. Em consequencia da hypertrophia com dilatação da auricula esquerda, e da hypertrophia excentrica do ventriculo direito sente-se á esquerda a impulsão presystolica da auricula, e a do ventriculo á direita.

13.—Os signaes fornecidos pelo pulso, e pelo systema capillar são os mesmos que na insufficiencia mitral. Quando ha insufficiencia com estreitamento, pode acontecer que os sopros dessas lesões sejão ouvidos cada um em seu tempo, ou somente um delles.

14.—*Insufficiencia tricuspide. Signaes physicos directos.* Um sopro systolico com maximo de intensidade na base do appendice xiphoide, ou immediatamente ácima e para fóra dessa cartilagem, apenas ouvido no vertice do coração, imperceptivel na parte esquerda da columna vertebral opposta ao angulo inferior do omoplata, denuncia geralmente uma insufficiencia tricuspide. Esse sopro em geral é brando. Nem sempre existe com a insufficiencia de que fallamos: 1.º porque a valvula pode não

apresentar á columna sanguinea uma superficie rugosa; 2.º porque o movimento do sangue pode ser fraco a ponto de não determinar attrito sensivel contra as rugosidades da valvula. Pode acontecer ainda que haja um sopro mitral, e que este abafe completamente aquelle; entretanto os caracteres proprios de ambos esses sopros e a apreciação exacta de seus modos de propagação distinguem-nos perfeitamente. Em theoria o sopro proprio da insufficiencia tricuspide pode ser confundido com o sopro proveniente da collisão do sangue contra as cordas tendinosas espessadas e rugosas da valvula. Para distinguil-os recorre-se á impulsão auricular, e ao estado das veias do pescoço. Assim se a impulsão auricular é mais ou menos forte, se existe com ella ondulação, ou pulso venoso das jugulares, ou melhor ainda pulso hepatico, o sopro é devido á insufficiencia tricuspide, e não ao espessamento das cordas tendinosas. Ha porém insufficiencia tricuspide sem pulsação jugular, ou hepatica, e sem mudança notavel na força da impulsão cardiaca.

Nesse caso o diagnostico permanece em duvida, principalmente se o quizermos fazer servindo-nos somente do sopro. O ruido diastolico percebido no terceiro espaço intercostal esquerdo ordinariamente é fraco; no terceiro espaço intercostral direito conserva porém seu caracter normal. É em geral fraco o ruido systolico percebido no vertice do coração.

15.—*Signaes physicos indirectos.* As impulsões sternal e epigastrica apresentão-se com força variavel, e mais pronunciadas á direita que á esquerda, excepto se o ventriculo esquerdo se acha hypertrophiado. O som massiço da região precordial augmenta á direita. Esses phenomenos são devidos á dilatação simples, ou com hypertrophia do ventriculo direito. Ás vezes a hypertrophia do referido ventriculo torna mais forte que normalmente o segundo ruido na arteria pulmonar.

16.—O pulso não offerece nada de notavel. Nos casos bem figurados da insufficiencia em questão as veias jugulares são turgidas, nodosas, pulsativas, muitas vezes deixando sentir o *thrill* dos autores inglezes, e ouvir o sopro transmittido da valvula. O traço sphygmographico, tirado sobre ellas, mostra que a linha ascendente é descripta em dous tempos: é uma linha quebrada na união de seu terço superior com o terço medio sem formação de angulo distincto. Nos casos em que pulsão as veias jugulares, raramente falta a pulsação hepatica, symptoma de alto valor na lesão que nos occupa. Como em medicina tudo falha, esses symptomas podem não existir com a insufficiencia tricuspide.

17.—*Effeitos no systema capillar.* Vimos (10), quando fallámos da insufficiencia mitral, que os capillares pulmonares soffrião directamente os effeitos dessa insufficiencia: na insuffictencia tricuspide succede o contrario. Os capillares pulmonares soffrem indirectamente, isto é, depois que se produz stase sanguinea nos capillares da grande circulação. As razões disto são dadas facilmente pela physiologia, e pelas relações anatomicas da pequena com a grande circulação. Sigamos no terreno da observação pratica e positiva.

A stase sanguinea nos capillares da grande circulação começa no momento em que a dilatação das cavidades direitas do coração é insufficiente para compensar o embaraço da circulação. Isto é attestado pela observação clinica, e defendido pela physiologia. Daqui nasce um principio geral para a pratica: só se deve receiar na insufficiencia tricuspide stase sanguinea na grande circulação, quando a dilatação das cavidades direitas do coração for insufficiente para manter o equilibrio circulatorio, ou quando tiver diminuido a acção nervosa do coração.

A stase sanguinea nos capillares do cerebro e as apoplexias cerebraes são mais frequentes nas lesões valvulares com dilatação das cavidades direitas (portanto na insufficiencia tricuspide) que nas lesões valvulares com hypertrophia do ventriculo esquerdo. A observação demonstra que a *cirrhose* do figado desenvolve-se menos geralmente na insufficiencia tricuspide que na insufficiencia mitral, ainda que nessa lesão a stase sanguinea seja mais consideravel que nesta ultima. A ictericia é mais frequente na insufficiencia tricuspide que na mitral. A razão desses accidentes ainda é desconhecida pela sciencia. Tambem são mais frequentes na insufficiencia tricuspide que na mitral a albuminuria passiva, o edema dos orgãos genitaes na mulher, e a leucorrhea passiva.

Os symptomas que vimos de descrever temos observado algumas vezes; agora mesmo (13 de Junho) acha-se na enfermaria Santa Clara uma preta africana, soffrendo de insufficiencia tricuspide, em que se pode encontrar a maior parte dos symptomas descriptos, além de hydrothorax duplo, augmento consideravel do figado, forte dyspnea, e grande anasarca.

18.—*Estreitamento tricuspide.* Ainda não tivemos occasião de ver na pratica essa especie de lesão valvular. Sua existencia é possivel, e já tem sido observada por especialistas de grande nomeada. Nem um delles porém (pelo menos os que consultámos) apresenta uma descripção satisfactoria dos signaes proprios dessa lesão; porque descrevem-na juntamente com

outras lesões valvulares, ficando desse modo no espirito de quem aprecia a descripção duvida em pertencerem certos signaes ao estreitamento em questão, ou ás outras lesões valvulares de que elles fallão. Assim pois, em vez de expor os signaes do estreitamento tricuspide, faremos apenas algumas considerações a seu respeito.

O estreitamento tricuspide é muito raro sem outra lesão valvular. Em theoria um sopro presystolico com maximo de intensidade na base do appendice xiphoide, com o modo mais ou menos de propagação do sopro systolico da insufficiencia tricuspide, denuncia a existencia de um estreitamento do orificio auriculo-ventricular direito. A pratica porém ainda não verificou semelhante sopro apezar da existencia do dito estreitamento.

Os effeitos do estreitamento em questão no systema capillar em quasi nada differem dos da insufficiencia tricuspide. Nos casos de estreitamento tricuspide, acompanhado de outras lesões valvulares, os signaes seguintes são os que mais parecem pertencer-lhe. Turgencia consideravel das veias jugulares, sobretudo das jugulares do lado direito, pulsação dessas veias, augmento para a direita no som massiço da área precordial, e pulsação hepatica.

19.—*Estreitamento do orificio aortico. Signaes physicos directos.* Sopro systolico com maximo de intensidade na parte interna do terceiro espaço intercostal direito, na metade direita do sterno correspondente ou opposta ao mesmo espaço, diminuindo rapidamente de força entre esses pontos e o mamillo esquerdo, onde muitas vezes não é percebido; ouvido fracamente no terceiro espaço intercostal esquerdo, distincto na segunda cartilagem direita, no colchete sternal, e desde a segunda até a quinta vertebra dorsal. Ás vezes é mais distincto á esquerda que á direita do sterno; então é melhor percebido abaixo do sterno que na direcção do ventriculo esquerdo, na parte superior do dorso á direita da columna vertebral, com tanto que os pulmões, os mediastinos, e a curva da aorta estejão livres de certos estados morbidos. Em geral esse sopro é bem distincto, prolongado, e aspero; pode todavia ser brando, e tomar accentuações particulares; muitas vezes é perfeitamente musical. Quando o ventriculo está hypertrophiado, isto concorre poderosamente para augmentar a intensidade do sopro, e tornal-o mais prolongado. Para distinguir esse sopro do produzido pela chlorose, e anemia o meio mais seguro é appellar para o tratamento destas molestias, tanto mais quando não ha inconveniente em

demorar o diagnostico nos casos em que se procura saber se o sopro systolico é devido á lesão do orificio, ou á alteração do sangue.

20.—*Signaes physicos directos.* Ligão-se todos á hypertrophia do venticulo esquerdo.

21.—*Pulso.* Se o estreitamento é pequeno, o pulso não soffre alteração nem uma; se é consideravel, então o pulso é pequeno, duro, rijo e concentrado.

22.—*Effeitos no systema capillar.* O systema capillar dos pulmões nada soffre diretamente da parte do estreitamento; quando chega a soffrer é porque o sangue das veias pulmonares não se deposita inteiramente na auricula esquerda, cujo sangue desta deixa de passar em totalidade para o ventriculo correspondente, que luta com difficuldade para expellir de si seu conteúdo sanguineo. Em geral o estreitamento aortico pode existir por muitos annos sem produzir derramações hydropicas. Quando estas se declarão, são provenientes ou de uma alteração dyscrasica do sangue, ou da falta de integridade funccional do orificio mitral. Segundo a observação clinica os capillares do cerebro não soffrem stase sanguinea, senão nas condições em que soffrem os capillares da grande circulação.

23.—*Insufficiencia aortica. Signaes physicos directos.* Sopro diastolico com maximo de intensidade no terceiro espaço intercostal direito, propagando-se até a base do appendice xiphoide, onde se ouve com intensidade mais ou menos a mesma. No terceiro espaço intercostal direito o dito sopro diastolico revela-se de modo variavel. É assim que neste ponto ora elle é ouvido só, ora acompanhado do ruido diastolico, apresentando-se este ultimo ou na occasião da producção do sopro, ou logo depois desta, ou finalmente ao desapparecer do sopro. No primeiro caso ha destruição completa das sigmoides da aorta; no segundo existe ainda alguma dessas valvulas, ou o ruido ouvido com o sopro propaga-se das sigmoides pulmonares; no terceiro caso, o mais raro, o ruido pode provir ou de alguma das valvulas sigmoides da aorta ainda conservada intacta, ou da falta de isochronismo na systole das arterias aorta e pulmonar. A qualidade do sopro varía muito: é brando, aspero, musical, etc. Na insufficiencia aortica o sopro é constante, seja qual for o estado de integridade da substancia do coração, o que se comprehende facilmente, attenta a causa de sua producção. Se porém ha estreitamento consideravel no calibre da aorta (o que não é raro na insufficiencia em questão,) e ao mesmo tempo

estreitamento aortico, então o sopro pode faltar: neste caso não se trata de uma insufficiencia simplesmente.

24.—*Signaes physicos indirectos.* São os mesmos que os da hypertrophia excentrica, ou simples do ventriculo esquerdo. (9)

25.—*Pulso.* Os caracteres do pulso na insufficiencia aortica são distinctos dos de qualquer outra lesão valvular. O dedo sente a onda sanguinea fortemente impellida pela systole cardiaca, e immediatamente depois dividir-se essa mesma onda em duas, das quaes uma segue a direcção da impulsão ventricular, e a outra reflue para o ventriculo. Em geral o rythmo do pulso é normal; ás vezes porem a diastole arterial tem logar um pouco depois do ruido systolico. As pulsações fazem-se em certos casos com solavancos, desigualdades, e intermittencias; nas carotidas principalmente experimenta-se, quando sobre essas arterias se applica o dedo, uma sensação analoga á de um corpo que zune—*thrill* arterial dos autores inglezes. Na occasião da diastole arterial percebe-se ainda, nas carotidas sobretudo, muitos pequenos ruidos, acompanhados de um sopro distincto. As pequenas arterias, como por exemplo as temporaes, tornão-se rectilineas de curvas que são naturalmente. A linha ascendente do traço sphygmographico, tirado sobre as radiaes, é muito vertical, o angulo formado por esta linha e pela linha descendente é bastante agudo; na parte superior da linha descendente forma-se uma especie de colchete, mais ou menos bem desenhado, segundo o gráo da insufficiencia; a linha de descida é descripta com rapidez notavel.

26.—*Effeitos no systema capillar.* A circulação pulmonar é affectada por dous modos, isto é, a valvula mitral tornando-se insufficiente por sua vez, ou sobrevindo o embaraço do movimento sanguineo, produzido pela collisão do sangue refluente da aorta e do que desce da auricula esquerda.

A hypertrophia do ventriculo esquerdo longe de ser favoravel á stase sanguinea na grande circulação, pelo contrario lhe é nociva, porque augmenta o calibre da aorta, enfraquecendo dest'arte a força activa dessa arteria. A prova disto é que a insufficiencia pode existir por longo tempo sem edema das extremidades inferiores, em quanto não sobrevem a hypertrophia do ventriculo esquerdo. Os capillares do cerebro soffrem stases sanguineas indirectamente, por meio do embaraço subsequente da circulação pulmonar.

27.—*Estreitamento do orificio da arteria pulmonar.* Ainda não tivemos occasião de observar essa lesão. Autores inglezes porem dignos de fé

observárão-na algumas vezes; acompanhamos a descripção feita por elles. Sopro systolico com maximo de intensidade na parte interna do terceiro espaço intercostal direito, mais ou menos perceptivel na parte antero-superior do thorax, propagando-se fracamente para a ponta do coração, aonde em geral não se percebe, é o signal physico directo de mais valor. Como signaes physicos indirectos temos os signaes da hypertrophia excentrica, ou simples do ventriculo direito, embaraço notavel da circulação venosa, principalmente se o orificio tricuspide toma parte no soffrimento pulmonar. O pulso não apresenta caracteres particulares.

28.—*Insufficiencia das valvulas sigmoides da arteria pulmonar.* Essa lesão tem sido observada existindo só, e acompanhada de outras lesões do coração, e da arteria pulmonar. Os signaes que lhe devião ser proprios faltárão nos casos observados; sua existencia della verificou-se *post-mortem*.Nós, não pretendendo a gloria de sustentar idéas theoricas de quem quer que sejão, nem imitando certos autores nos vôos de suas imaginações, nós, que em medicina temos mais confiança nos sentidos integros do que mesmo na razão, sujeita tantas vezes á phantasia, e aos caprichos de theorias falsas, consideramos muito difficil, se não impossivel o diagnostico da insufficiencia pulmonar durante a vida, excepto se existe só; sem outro estado pathologico dos pulmões, ou do coração (o que não é de facil concepção em pratica,) porque nesse caso o diagnostico da insufficiencia seria feito por exclusão. Em theoria um sopro diastolico com maximo de intensidade no terceiro espaço intercostal esquerdo, propagandos e para a parte esquerda e antero-superior do thorax, e na direcção do ventriculo direito á esquerda do sterno, seria ligado á existencia de uma insufficiencia pulmonar. Vimos entretanto que o sopro da insufficiencia aortica tambem podia apresentar esses caracteres. Os effeitos no systema capillar são os mais serios: quaes sejão elles a physiologia nos faz prever facilmente.

29.—*Considerações á cerca do diagnostico das lesões valvulares.* A primeira cousa que o pratico deve ter em vista, quando procura estabelecer o diagnostico de uma lesão valvular, é saber se o coração está precisamente collocado em seu logar natural; porque a falta dessa condição muda necessariamente a séde dos ruidos normaes do orgão. Não é raro que o coração seja deslocado de sua posição natural; ou por causa de alterações anatomicas, sobrevindas em sua estructura antes, ou durante, ou depois do desenvolvimento das lesões valvulares, ou em razão de certos

estados morbidos das arterias aorta e pulmonar, dos mediastinos, das pleuras, do pericardio, e dos pulmões. Nos derramamentos das pleuras, e do pericardio é quasi sempre o vertice do coração que muda de posição, ao passo que a base conserva sua posição ordinaria em consequencia do estado de fixidade que recebe da parte dos grossos troncos vasculares.

30.—A intensidade dos sopros soffre a influencia mais ou menos directa do estado em que se acha a substancia do coração. É assim que na dilatação das cavidades do coração, como em outras affecções da substancia cardiaca acompanhadas de fraqueza, são enfraquecidos não somente os sopros provenientes dos estreitamentos, mas ainda os resultantes das insufficiencias valvulares.

Pode entretanto acontecer que os sopros provenientes das insufficiencias conservem suas intensidades naturaes, porque estas dependem principalmente da quantidade de sangue refluente da arteria, a porção de sangue podendo ser consideravel a ponto de contrabalançar o effeito da dilatação, ou da fraqueza do musculo, desfavoravel á intensidade dos sopros.

Supponhamos agora uma hypertrophia do ventriculo esquerdo, e insufficiencia das valvulas sigmoides da aorta com estreitamento do orificio da mesma arteria: o sopro causado pela insufficiencia diminue de intensidade, o do estreitamento pelo contrario augmenta. Admittamos ainda a hypertrophia do referido ventriculo esquerdo com insufficiencia da valvula mitral e estreitamento do orificio auriculo-ventricular esquerdo: o sopro da insufficiencia augmenta (note-se que fallamos comparando os sopros antes, e depois do desenvolvimento da hypertrophia), o do estreitamento nada soffre. Assim pois vê-se que a hypertrophia influe directamente na intensidade dos sopros.

31.—Dado um sopro, sendo determinada sua origem, os caracteres desse sopro são susceptiveis de modificar-se por influencia de alguma alteração anatomo-pathologica dos outros orificios. Não poucas vezes o sopro do estreitamento aortico é absorvido pelo sopro da insufficiencia mitral. Consegue-se distinguil-os então reparando nos pontos de maior intensidade, partindo dos quaes nota-se que ha um logar entre elles em que diminuem gradualmente as intensidades respectivas dos sopros.

32.—Nos casos de hypertrophia, ou de dilatação da aorta, havendo insufficiencia das valvulas desta arteria, o sopro diastolico pode augmentar de intensidade, e ser precedido de um sopro systolico, principalmente se os seios de Walsalva se achão dilatados. A chlorose e a anemia con-

correm poderosamente para o augmento da intensidade dos sopros; muitas vezes o pratico mais experimentado encontra difficuldades serias em distinguir os sopros destes estados morbidos daquelles que provem das lesões anatomicas dos orificios do musculo cardiaco: o tratamento de taes estados pathologicos é o melhor meio de reconhecer a origem desses sopros, como já dissemos.

33.—Os sopros das lesões valvulares muitas vezes não se ligão ás suas verdadeiras origens, em consequencia de estados morbidos tendo séde nos orgãos vizinhos ao coração. E' assim que o sopro do estreitamento aortico ouve-se algumas vezes melhor á esquerda que á direita: no caso por exemplo de emphysema do pulmão esquerdo e enduração do direito. A's vezes o rythmo das contracções cardiacas é alterado por tal modo, que é impossivel distinguir o rythmo dos ruidos do orgão, por tanto o tempo em que o sopro se produz.

34.—As condições physicas dos orificios, ou de suas valvulas, productoras de um sopro, podem mudar, sobrevindo, ou não alteração no sopro existente, relativamente á natureza da mudança. Isto quer dizer o seguinte: 1.º o estado anatomo-pathologico de um orificio, ou de sua valvula pode ser aggravado, sem que haja mudança sensivel no sopro; 2.º uma lesão valvular simples, um estreitamento por exemplo pode estender-se posteriormente ás valvulas, estas soffrer alteração superior á do orificio, e o sopro denunciador da insufficiencia tornar-se mais notavel que o do estreitamento; 3.º acontece algumas vezes que as condições physicas de um sopro são de natureza tal que, existindo um estreitamento, ou uma insufficiencia, ouve-se em qualquer das lesões figuradas, ora um sopro diastolico, ora systolico, entretanto que a lesão é simples; 4.º em outros casos, bem que raros, tem-se observado o desapparecimento de um sopro por lesão anatomica, sem que haja alteração do sangue, nem fraqueza notavel da acção cardiaca.

35.—Resulta de todas essas considerações que, se em geral é facil o diagnostico das lesões valvulares, em certas circumstancias elle é muito difficil, e ás vezes impossivel, menos que o pratico queira sugeitar-se á alguma contrariedade pela necropsia.

36.—*Symptomas consecutivos.* Do que dissemos á respeito de cada lesão em particular pode-se facilmente ajuizar dos effeitos do embaraço do sangue no systema capillar. Assim o edema das extremidades, a ascite, o catarrho gastro-intestinal, favorecendo este por sua vez a dyscrasia do

sangue, as congestões do figado, tornando-se posteriormente moscado, ou granulado, os soffrimentos dos rins, do baço, o hydrothorax, o hydropericardio, os padecimentos do apparelho respiratorio, emfim a anasarca tem inteira e facil explicação. A perda de forças e a inaptidão para o trabalho, a nutrição conservando-se bôa, são effeitos mui constantes nas lesões valvulares. O somno dos cardiacos é quasi sempre perturbado: ora por desassocego simplesmente, ora por meio de representações imaginarias mais ou menos desagradaveis. É raro que os pacientes de taes molestias conservem no leito a posição horisontal: tem geralmente a cabeça elevada sobre altos travesseiros. A região do coração é muitas vezes séde de sensações dolorosas de variavel intensidade: desde a mais leve sensação de dôr até a verdadeira angina *pectoris*. Essas sensações estendem-se em geral até as regiões vizinhas.

37.—*Duração, e prognostico.* Não se pode determinar ao certo o tempo de duração de uma lesão valvular: 1.º porque o estado actual da sciencia, com quanto nos dê na pluralidade dos casos o conhecimento da existencia de taes estados morbidos, ainda não dispõe de elementos, por meio dos quaes possamos ajuizar com segurança da natureza, e gravidade dessas affecções; 2º porque uma lesão valvular, revelada muitas vezes por signaes physicos dos mais patentes e claros, persiste por longo tempo; 3.º porque lesões valvulares mui graves ha que só se reconhecem *post-mortem*; 4.º porque, se ha em pathologia grupo de molestias em que a natureza se mostra superior a todos os conhecimentos do medico, é o das molestias de que fallamos; nem sempre os poderes da natureza se patenteão ás vistas darte.

De accordo com a observação clinica de um eminente pratico inglez, vamos expor a série da gravidade das lesões de que nos occupamos. A mais grave é a insufficiencia tricuspide, depois o estreitamento mitral, a insufficiencia deste nome, e a insufficiencia aortica, o estreitamento pulmonar, finalmente o estreitamento aortico. Não comprehendemos nesta série o estreitamento tricuspide, nem a insufficiencia pulmonar, por serem muito raras estas lesões. Encarando a gravidade das lesões valvulares, relativamente á frequencia da morte subita, a insufficiencia aortica occuparia o primeiro logar; mas, como essa terminação das lesões em questão é por assim dizer exclusiva á insufficiencia aortica, conservamos a série primeira, cumprindo ao pratico ter sempre em memoria a gravidade de tal accidente, toda vez que tem de pronunciar-se á respeito da duração, e do

prognostico de uma lesão valvular do coração. A causa da morte subita nos cardiacos é incontestavelmente a syncope do coração; se esta é determinada mecanica, ou dynamicamente, ou por ambos os modos ao mesmo tempo a sciencia ainda não deu demonstração satisfactoria.

Ainda desta vez queremos evitar o campo das theorias, tão enrequecido pelos autores francezes neste ponto. A morte subita na insufficiencia aortica pode sobrevir havendo perfeito estado de integridade das forças vitaes do coração, como em condições oppostas; tanto no estado de repouso, quanto de movimento, assim nos individuos dominados por impressões moraes profundas, como em o estado mais sereno de tranquillidade de espirito.

O estado da substancia do coração entra em grande linha de conta no prognostico das lesões valvulares. A dilatação das cavidades cardiacas, consecutiva á lesão primitiva das valvulas, acarreta ordinariamente outra lesão valvular. Pode-se dizer que a hypertrophia produz os mesmos effeitos da dilatação. No estreitamento aortico entretanto a hypertrophia minora os effeitos desta lesão; ao passo que aggrava as consequencias da insufficiencia do mesmo nome.

O estado de adiantamento e a gravidade das lesões secundarias, reveladas no systema capillar dos differentes orgãos, são auxiliares poderosos do prognostico dessas lesões cardiacas. Os signaes physicos directos são em regra geral de nem uma importancia: ha muitas lesões valvulares graves sem o menor sopro.

Temos tocado nos pontos principaes, indispensaveis para o prognostico dos estados morbidos já tantas vezes fallados. Do que dissemos vê-se que o prognostico depende de circumstancias numerosas, as quaes em certos casos o tornão fatal, em outros duvidoso, em outros emfim (os menos frequentes) favoravel.

38.—*Tratamento*—Qualquer que seja a natureza da causa determinante das lesões valvulares, qualquer que seja o estado de alteração anatomo-pathologica em que se achem as valvulas doentes, a medicina pratica não conhece meio nem um capaz de satisfazer a indicação directa do tratamento das lesões valvulares. Se bem que as lesões valvulares estejão além dos recursos da therapeutica, consideradas anatomicamente, os seus mais graves effeitos funccionaes dellas são susceptiveis até certo ponto não só de ser combatidos, mas ainda obstados em seu desenvolvimento por tempo indeterminado.

Seja qual for a lesão valvular, o tratamento empregado não tem por fim combater a lesão em si mesma, mas prevenir a hypertrophia do musculo cardiaco, refreal-a, impedir a dilatação das cavidades do coração, minorar ou remover os effeitos secundarios da lesão primitiva, os quaes por sua vez constituem graves estados morbidos.

39.—Para prevenir o desenvolvimento da hypertrophia os melhores agentes therapeuticos são os aconselhados pela hygiene. Assim os cardiacos devem subtrahir-se a todo, e qualquer desassocego de espirito; fazer passeios moderados ao ar livre e puro; evitar o uso dos alcoolicos, e das bebidas quentes; ser sobrios nos prazeres da meza; e communicar ao medico a menor perturbação que experimentarem na região do coração.

Se, apezar de todas essas cautelas, sobrevierem a hypertrophia do coração com dilatação e as lesões secundarias, então a therapeutica é muito variavel.

Digitalis—Muito merecidamente a digitalis denomina-se o remedio por excellencia dos cardiacos. Seus effeitos beneficos no tratamento das lesões valvulares, descriptos por um celebre pratico de S. Petersburgo, tem sido mais ou menos presenciados por nós em mais de um doente no hospital da Misericordia. « A digitalis diminue a excitação do coração, o rythmo deste orgão, que era augmentado, torna-se regular, o choque é mais forte, desapparecem as falsas contracções; o diametro, sobre tudo o transverso, diminue; o pulso torna-se mais forte; as arterias são mais difficilmente comprimidas pelo dedo; o numero das inspirações diminue, a dispnea e as palpitações se enfraquecem consideravelmente; a urina augmenta de quantidade, e todos os symptomas que indicão um enfraquecimento da actividade do coração diminuem.» Depois que os doentes usão por algum tempo dessa substancia, a sua acção desta se enfraquece por fim, em consequencia de habituar-se com ella o organismo; pelo que é conveniente reserval-a para os casos urgentes não só de excessiva actividade do coração, mas tambem para os casos de grande fraqueza do mesmo orgão. Em lugar da digitalis usa-se vantajosamente do nitrato de prata, cuja acção, apezar da menos rapida que a da digitalis, é mais permanente, do acetato de zinco, do aconito (o extracto da raiz,) e do bromureto de potassio. Os preparados de arsenico e os de ferro jámais devem ser esquecidos, porque em todo o caso convem sustentar a boa nutrição do organismo, e conseguintemente a do coração. Temos portanto apontado os principaes

agentes therapeuticos mais vantajosamente empregados na pratica contra as lesões valvulares, considerando-os dirigidos particularmente ao coração mesmo, desculpe-se-nos a expressão.

Os diureticos, taes como a aguardente allemã, os vinhos diureticos, o acetato, o nitrato, e o bitartrato de potassa, se são de utilidade incontestavel quando existe a hydropesia, tambem são bastante uteis antes da mesma. É assim que elles, diminuindo a quantidade de sangue, sem alterar a sua composição, oppõem-se ao embaraço da circulação, deixando menos trabalho ao coração, obstando a alteração do liquido sanguineo resultante da demora do sangue nos canaes que percorre, oppondo-se á perturbação da hematose, á accumulação no sangue de principios que devem ser eliminados, etc.

Se, apezar do emprego dos diureticos, a urina continua a ser excretada em pequena quantidade, os sinapismos, os vesicatorios, e as ventosas escarificadas, applicadas sobre a região dos rins, são excellentes auxiliares, quando se trata de promover a diurese.

Convem que as funcções intestinaes sejão regulares: dest'arte evita-se não só os esforços na occasião da defecação, mas ainda a congestão do figado. Os purgantes salinos, o aloés, os purgativos de acção electiva sobre os grossos intestinos são então indicados. O catarrho gastro-intestinal será combatido pelos meios apropriados, os quaes são numerosos. Esta complicação exige especial attenção do medico, porque concorre em grande parte para o periodo de cachexia das lesões valvulares em razão da perturbação da digestão. Contra os engorgitamentos dos pulmões aproveitão internamente a ipecacuanha, o meimendro, a scilla, a senega, etc.: externamente os sinapismos, e os vesicatorios. Deve-se recorrer aos anti-spasmodicos nos paroxysmos de dyspnea; os opiados devem ser empregados com reserva: somente nos casos de insomnia. Emprega-se com proveito contra as congestões hepaticas o chá do cortical de murungú, o da raiz e das folhas de capeba, os purgativos, auxiliando o emprego desses medicamentos com o uso externo dos sinapismos, e vesicatorios. O calomelanos não deve ser empregado neste ultimo caso por causa de sua acção fluidificante na massa do sangue.

As palpitações e os accessos de *angina pectoris* são combatidos geralmente pela digitalis, pelo nitrato de prata, bromureto de potassio, e pela mistura (em partes iguaes): « de tinctura etherea de valeriana, licor ano-

dyno de Hoffmann, tinctura de digitalis, e tinctura de belladona: tomar de 10 a 20 gottas desta mistura durante os accessos ». Como meios externos usa-se do gelo sobre a região do coração, da pomada de chloroformio, das injecções hypodermicas de acetato de morphina, e da corrente electro-galvanica de acção contínua.

SECÇÃO ACCESSORIA

TINCTURAS ALCOOLICAS

PROPOSIÇÕES

I

Tincturas alcoolicas são medicamentos officinaes liquidos, resultantes da acção do alcool sobre uma, ou mais substancias medicamentosas, em geral de origem vegetal, ou animal, raramente de origem mineral.

II

Importa tanto ao medico, quanto ao pharmaceutico a divisão das tincturas alcoolicas—em alcoolaturas e tincturas alcoolicas propriamente ditas.

III

Nas tincturas alcoolicas o alcool representa tres papeis: dissolve as substancias medicamentosas; oppõe-se á alteração das mesmas substancia, é tambem medicamento.

IV

O estado secco, de humidade, e a divisão das substancias medicamentosas, cujas tincturas se procura obter, influem poderosamente na qualidade e no gráo de concentração desses preparados pharmaceuticos.

V

O gráo de concentração do alcool a empregar-se na preparação das tincturas varía segundo a natureza das substancias medicamentosas.

VI

A cocção como processo de preparação das tincturas alcoolicas deve ser desprezada pela pharmacia.

VII

A proporção de uma parte das substancias medicamentosas para cinco partes de alcool na preparação das tincturas alcoolicas deve ser observada pelos pharmaceuticos, exceptuando um pequeno numero de substancias.

VIII

Os melhores processos de preparação das tincturas alcoolicas são a solução simples, a maceração, e a digestão.

IX

A simplicidade, ou complexidade das tincturas alcoolicas deriva-se do numero das substancias que lhes servem de base.

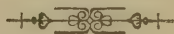
X

A addição dos alcalinos ao alcool na preparação das tincturas alcoolicas não tem utilidade alguma.

XI

A evaporação do alcool antes, durante, e depois da preparação das tincturas deve ser sempre evitada.

XII

As tincturas alcoolicas, preparadas *secundum artem*, e convenientemente guardadas, com difficuldade se alterão com o tempo.

SECÇÃO CIRURGICA

HEMORRHAGIA PUERPERAL E SEU TRATAMENTO

PROPOSIÇÕES

I

Chama-se hemorrhagia puerperal a perda interna, ou externa de sangue que tem logar antes, ou durante, ou depois do trabalho do parto.

II

Achamos excellente a divisão que faz Cazeaux das causas da hemorrhagia puerperal—em causas predisponentes, causas determinantes, e causas especiaes.

III

O desenvolvimento exagerado de vasos sanguineos no tecido do utero depois da concepção, o modo pelo qual se faz a circulação utero-placentaria, a estructura dos vasos utero-placentarios, as contracções spasmodicas do utero tres mezes depois da concepção, as excitações physicas, ou moraes, capazes de determinar affluxo de sangue para o utero, a exaltação de todas as funcções, provocada pela concepção, e pelo desenvolvimento do ôvo, são as principaes causas *predisponentes* da hemorrhagia puerperal.

IV

As causas predisponentes, já referidas, prolongadas por muito tempo podem ser causas *determinantes* da hemorrhagia puerperal.

V

A inserção da placenta no segmento inferior do utero, a ruptura da haste omphalo-placentaria, a curteza do cordão umbilical, as contracções rapidas e energicas do utero, as rupturas do corpo, e do collo do utero são causas *especiaes* incontestaveis da hemorrhagia puerperal.

VI

Sem a perda externa de sangue, ou sem o reconhecimento de coalhos sanguineos no utero ha sempre duvida no espirito do parteiro á cerca da existencia de uma hemorrhagia puerperal.

VII

A gravidade do prognostico de uma hemorrhagia puerperal depende da quantidade de sangue perdida e da epocha em que a hemorrhagia tem logar: para o menino o prognostico é tanto mais grave, quanto menor é o tempo decorrido depois da concepção; para a mãe é o contrario.

VIII

A observancia dos meios prophylacticos da hemorrhagia puerperal nem sempre é sufficiente para obstar o desenvolvimento da referida hemorrhagia.

IX

A sangria geral só deve ser applicada como meio de tratamento da hemorrhagia puerperal durante os tres ultimos mezes da prenhez, quando a perda de sangue for devida a um estado de plethora geral.

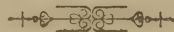
X

O centeio, a rolha, e a ruptura das membranas do feto como meios de tratamento da hemorrhagia puerperal muitas vezes provocão o aborto.

XI

O emprego do frio, dos revulsivos, da compressão dos vasos dos membros, e o repouso dão excellentes resultados no tratamento da hemorrhagia puerperal.

XII

O emprego do centeio, da rolha, e do frio são os meios de cura mais seguros da hemorrhagia puerperal depois do trabalho do parto.

SECÇÃO MEDICA

CHOLERA MORBUS

PROPOSIÇÕES

I

A cholera morbus é determinada por um miasma de natureza ainda desconhecida.

II

Não se pode negar que a cholera morbus seja infecto-contagiosa.

III

A putrefacção das dejecções dos cholericos favorece o desenvolvimento do miasma cholerico, e a sua transmissão deste.

IV

A affecção primordial do miasma cholerico tem logar no tubo intestinal.

V

A elevação, ou a conservação de temperatura nos cadaveres dos cholericos explica-se pelas contracções musculares.

VI

A gravidade do prognostico da cholera morbus está na razão directa da quantidade de liquido perdido pelos intestinos.

VII

Diarrhea cholerica, *cholerina*, *cholera morbus asphyxico*, e cholera morbus typhoide em essencia são uma e a mesma molestia, divergindo sómente em seus symptomas, em consequencia de idiosyncrasias individuaes e da malignidade do miasma cholerico.

VIII

A paralysia do coração na cholera morbus procede do espessamento do sangue.

IX

A prophylaxia da cholera morbus é capaz de suster a continuação desta molestia.

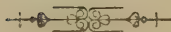
X

A arte não conhece meio nem um capaz de combater causalmente a cholera morbus.

XI

As fricções sobre a pelle com espirito de vinho e essencia de mostarda muito aproveitão no tratamento symptomatico da cholera morbus, e devem ser preferidas a outros excitantes externos.

XII

As preparações opiadas, auxiliadas pelo calomelanos e os excitantes diffusivos, são os melhores agentes therapeuticos empregados internamente no tratamento symptomatico da cholera morbus.

HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Nec solum seipsum oportet præstare opportuna facientem, sed et ægrum et accidentes et exteriora.

(*Sect. 1.ª, Aph. 1.*)

II

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ vero ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet.

(*Sect. 8.ª, Aph. 6.*)

III

Cibi, potus, Venus, omnia moderata sint.

(*Sect. 2.ª, Aph. 6.*)

IV

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum.

(*Sect. 7.ª, Aph. 1.*)

V

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.

(*Sect. 2.ª, Aph. 2.*)

VI

Natura corporis est in medicina principium studii.

(*Sect. 8.ª, Aph. 9.*)

Bahia—Typographia de J. G. Tourinho—1872.

Remettida á Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina em 4 de Outubro de 1872.

Dr. Cincinnato Pinto

Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 5 de Outubro de 1872.

Dr. V. Damazio.
Dr. Claudemiro Caldas.
Dr. Augusto Martins.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 29 de Outubro de 1872.

Dr. Magalhães
Vice-Director.